11.

RECUEIL DE FAITS.

I.

EXAMEN DES ORGANES GÉNITAUX D'UNE HYSTÉRIQUE,

par M. le Dr de Sinéty.

(Travail du laboratoire d'histologie du Collége de France.)

La jeune hystérique âgée de 21 ans qui fait le sujet de cette observation était entrée à la Salpêtrière dans le service de M. Charcot, en 1872. Elle avait eu sa première attaque l'année précédente, c'est-à-dire à l'âge de 16 ans, à la suite d'une violente émotion. L'écoulement menstruel, qui s'était montré pour la première fois chez elle à 13 ans, était irrégulier, une ou deux époques manquant souvent. Les attaques avaient lieu surtout au moment des règles qui étaient peu abondantes et ne duraient en général qu'un ou deux jours.

A son arrivée à la Salpêtrière on constata que les attaques purement hystériques étaient arrêtées facilement par la compression de l'ovaire droit. La malade présentait en effet de l'hyperesthésie ovarienne du côté droit, ainsi que l'hémianesthésie du même côté du corps.

Pendant l'année 1875, cette jeune fille eut 34 attaques ; à partir du mois de janvier 1876, les attaques cessèrent. On commença alors à constater les signes d'une tuberculisation pulmonaire, à la suite de laquelle elle succomba le 20 juillet : l'hémianesthésie et la douleur ovarienne droite avaient complétement cessé d'exister un mois au moins avant la terminaison fatale.

Au mois d'avril elle avait eu pour la dernière fois ses règles, qui étaient sur le point de paraître de nouveau au moment de sa mort, ainsi que nous l'a montré l'état de la muqueuse utérine.

Autopsie. (Je ne m'occuperai des résultats fournis par l'autopsie, qu'en ce qui concerne les organes génitaux.)

A l'examen à l'œil nu, on voit que l'ovaire droit est beaucoup plus éloigné de l'utérus que le gauche. En effet, en mesurant les deux ligaments utéro-ovariens, on trouve 4 centimètres pour le droit et 2 centi

1876

mètres pour le gauche [1]. La mensuration de l'ovaire droit donne pour le plus grand diamètre (longueur) 30 millimètres, la hauteur est de 20 millimètres, et l'épaisseur de 10 millimètres.

A une distance de 8 millimètres de l'ovaire droit, on trouve un petit corps arrondi, présentant le même aspect que l'ovaire et ayant toute l'apparence d'un ovaire surnuméraire. Ce petit corps est situé sur le ligament ovario-tubaire, auquel il adhère par sa base. Il mesure de 7 à 8 millimètres de diamètre et présente une forme à peu près hémisphérique.

L'ovaire gauche, plus aplati que le droit, mesure 35 millimètres de longueur, 22 millimètres de hauteur et 5 d'épaisseur.

On observe à la surface des deux ovaires, des saillies et des dépressions qui ont l'air de correspondre à des cicatrices résultant d'ovulations plus ou moins récentes. Mais l'examen histologique a montré qu'il n'en était rien, et que ces irrégularités de la surface provenaient d'un certain état lobulé, que présente quelquefois l'ovaire. On doit avoir fréquemment pris ces dépressions pour des cicatrices de follicules, comme je l'aurais fait moi-même dans ce cas-ci, si l'examen histologique n'était pas venu rectifier mon jugement.

L'utérus avait la forme et les dimensions qui correspondent à l'état normal d'une femme, dans les conditions d'âge et de période sexuelle où se trouvait notre sujet. On voyait une légère ulcération, très-superficielle, autour de l'orifice utérin. Les organes génitaux externes ne présentaient rien d'anormal.

Examen histologique. — A l'examen histologique, on voit qu'il n'y a pas de différence appréciable de structure, entre l'ovaire droit et l'ovaire gauche. Le stroma est normal. L'épithélium de la surface, conservé sur certains points, a disparu sur d'autres, ce que l'on observe à peu près toujours sur les ovaires recueillis un certain temps après la mort. Sur les points qui correspondent aux dépressions de la surface, on trouve le stroma ovarien normal, sans traces de cicatrices. On voit disséminés dans le stroma, de nombreux follicules primordiaux, avec leur ovule et leur unique rangée de cellules. Mais dans tout l'ovaire (et j'ai examiné sur des coupes successives toute l'étendue des deux ovaires), je n'ai pas trouvé un seul follicule de Graaf. Partout des follicules avec une seule rangée de cellules autour de l'ovule, état que l'on désigne sous le nom de follicule primordial [2].

[1] L'asymétrie des ovaires a été signalée comme très-fréquente chez les nouveau-nés. (Voyez *Bull. de la Société anatomique*. 1870, p. 299. Recherches faites par Roques dans le service de Parrot.)

[2] D'après mes observations, on ne trouve jamais l'ovule isolé dans le stroma ovarien. Il est toujours entouré, au moins, d'une rangée de cellules. C'est ce qui constitue le follicule primordial. Celui-ci prend le nom de follicule de Graaf, quand on y observe une augmentation du nombre des cellules, constituant alors la membrane granuleuse. Dans les cas où on rencontre l'ovule sans son entourage de cellules radiées, on peut s'assurer que cet état résulte

Cette absence de follicules de Graaf à divers états de développement, chez une jeune fille de cet âge, menstruée quoique irrégulièrement, et en pleine période d'activité génitale, est très-intéressante à noter. Un second fait que l'on observe dans ces ovaires concorde avec l'état stationnaire des follicules. Sur aucun point je n'ai pu constater de corps jaune de la menstruation à aucun état de régression. Or, sur l'ovaire d'une femme, longtemps encore après la ménopause, on compte un grand nombre de ces corps jaunes de la menstruation. Souvent on en observe deux ou trois sur une seule coupe, les uns plus anciens, les autres plus récents.

Nous ne savons pas exactement le temps que met à disparaître le corps jaune résultant de l'expulsion d'un ovule non fécondé. Mais le grand nombre de ces productions qu'on rencontre normalement dans tous les ovaires sains, même chez de vieilles femmes, peut, en tout cas, nous permettre de conclure que la cicatrice met longtemps à s'effacer.

Il est donc possible que dans ce cas-ci l'ovulation n'ait jamais existé, ce que, cependant, je me garderais bien d'affirmer. Mais il est certain que depuis longtemps aucun follicule n'était arrivé à maturité et n'avait expulsé son ovule.

Nous avons, néanmoins, la preuve que tous les follicules ne sont pas restés à l'état de follicules primordiaux pendant toute la vie de la malade. On trouve en effet, sur certains points, des follicules atrésiés, dont les dimensions atteignent jusqu'à 1 millimètre. Ces follicules, transformés, et disparaissant sans avoir expulsé leur ovule, sont absolument semblables à ceux décrits et figurés par M. Slawianski (de Saint-Pétersbourg)[1]. J'ai eu l'occasion d'appeler de nouveau l'attention sur ces transformations, à propos de l'ovaire des nouveau-nés[2]. Sur une ou deux coupes, j'ai constaté, au milieu du tissu muqueux qui occupe la cavité du follicule, cette petite masse réfringente que Slawianski considère comme représentant les restes de l'ovule : opinion qui me paraît très-probable.

Pourrait-on assimiler ces ovaires à des ovaires d'enfant? oui, certainement au point de vue du développement folliculaire, quoique même sur ce point il y ait des différences. Ici on ne trouve que quelques follicules atrésiés, tous à la période régressive; tandis que chez les enfants, à côté de cet état, on rencontre d'autres follicules de Graaf, souvent très-développés et à divers degrés de leur période ascensionnelle. En outre ici les ovules sont situés dans la couche corticale seulement, comme chez l'adulte. Chez les enfants, la couche contenant les

d'altérations cadavériques ; l'ovule résistant beaucoup plus à ces altérations, que l'épithélium qui l'entoure. Sur des ovaires frais, jamais, je le répète, je n'ai rencontré d'ovule sans sa zone épithéliale.

[1] *Arch. de physiol.*, 1874.

[2] *Arch. de physiol.*, 1875.

ovules est beaucoup moins limitée et plus étendue relativement à la couche dite médullaire. C'est donc dans ce cas-ci un état tout particulier, que je n'ai eu l'occasion d'observer dans aucun ovaire, à n'importe quel période de la vie.

Tumeur développée dans le voisinage de l'ovaire. — Cette production dont j'ai donné déjà les dimensions et la situation exacte, possède un stroma absolument semblable à celui de l'ovaire adulte normal. On observe sur des points voisins de la périphérie deux ou trois petites cavités, contenant des corps plus ou moins sphériques, présentant, en somme, l'apparence de jeunes follicules de Graaf contenant un ovule. Il n'en est rien cependant, et tout ici, sauf le stroma, diffère d'un ovaire normal. L'épithélium de la surface se continue vers le centre de l'organe, en formant des espèces de prolongements en doigts de gants, qui rappellent beaucoup la disposition des tubes de Pflüger. Mais dans ces prolongements on ne rencontre aucun ovule ni cellule ronde. L'épithélium qui les remplit, ainsi que celui qui revêt la surface de la tumeur est un épithélium à cils vibratiles et non le petit épithélium ordinaire de la surface ovarique. Ni dans les tubes, ni sur aucun point de l'organe, je n'ai pu trouver un seul ovule. Les cavités, qui, au premier abord, ou avec un grossissement faible, ont l'aspect d'un follicule de Graaf, sont tapissées d'une seule rangée d'épithélium vibratile. Les corps sphériques situés dans ces cavités sont formés par de petites masses d'épithélium également vibratile. Comme on le voit d'après cette description, il existe de grandes différences entre cette tumeur et l'ovaire; puisque, quoique avec un stroma semblable, nous n'avons trouvé ici, ni ovules ni follicules, et partout un épithélium vibratile.

Ce que nous savons aujourd'hui du mode de développement de l'ovaire, et l'existence normale, sur ce point, d'un épithélium vibratile pendant la période embryonnaire, rendent très-compréhensible la formation de ce pseudo-ovaire[1].

Cavité utérine. — La muqueuse utérine est très-augmentée de volume. Les vaisseaux sont en très-grand nombre et gorgés de globules sanguins. Les glandes sont hypertrophiées et dépourvues à peu près partout de leur épithélium cylindrique, que l'on voit conservé par places, sur la surface libre de la muqueuse. Dans la lumière des glandes, on observe un grand nombre de petites cellules rondes présentant les caractères des éléments embryonnaires. En outre, tout le tissu interposé entre les glandes est infiltré des mêmes éléments. La couche la plus interne de la muqueuse se colore peu par le picro-carmin, et, à un grossissement suffisant, on reconnaît que les éléments de cette couche ont subi la dégénérescence graisseuse.

Cet utérus présente donc tous les caractères de la muqueuse utérine au moment du début de la période menstruelle chez la femme.

[1] Voy. Waldeyer : *Eierstock und Ei*, Leipzig, 1870, p. 12.

Dans les conditions normales, cet état de la muqueuse utérine, comme j'ai eu l'occasion de l'observer plusieurs fois après tant d'autres anatomistes, coïncide souvent avec la maturation d'un follicule de Graaf sur le point de se rompre.

Cette observation me paraît importante au point de vue de l'indépendance relative qui peut exister entre les deux fonctions, menstruation et ovulation,

En effet, cette jeune fille, quoique irrégulièrement menstruée, avait eu ses règles trois mois avant sa mort, et nous n'avons trouvé dans ses ovaires aucune cicatrice indiquant une ovulation, même très-ancienne.

En outre, et c'est là le point le plus important, l'état de la muqueuse utérine indiquait que l'écoulement menstruel était imminent, et sur aucun des deux ovaires il n'y avait de follicule de Graaf à sa période ascensionnelle, non-seulement arrivé à maturité, mais même ayant dépassé l'état de follicule primordial.

Je rapprocherai, de ce cas-ci, le fait que j'ai communiqué en 1874 à la Société de biologie. Il s'agissait d'une jeune phthisitique, qui n'était plus réglée depuis six mois et chez laquelle, à l'autopsie, je trouvai un grand follicule de Graaf qui s'était rompu tout récemment. L'un est un exemple de menstruation imminente sans ovulations; l'autre, d'ovulation, malgré l'absence prolongée d'écoulement menstruel.

La coïncidence de l'ovulation et de l'hémorrhagie cataméniale n'en est pas moins très-probablement la règle générale. Mais ces faits viennent encore à l'appui de l'idée partagée aujourd'hui par beaucoup de physiologistes, idée sur laquelle j'ai déjà eu plusieurs fois l'occasion d'insister ; que contrairement à ce que l'on enseigne encore souvent, l'ovulation et la menstruation ne sont pas les deux termes d'une même fonction, mais bien deux fonctions distinctes et pouvant, dans certaines circonstances, s'exercer indépendamment l'une de l'autre.

II.

NOTE SUR QUELQUES CAS D'ATROPHIE MUSCULAIRE AVEC OU SANS ANESTHÉSIE. — INFLUENCE DE LA FARADISATION DANS CERTAINS CAS D'ANESTHÉSIE CUTANÉE,

par M. **P. BOURCERET**, interne des hôpitaux.

J'eus l'occasion d'observer cette année dans le service de M. le professeur Vulpian, à l'hôpital de la Charité, plusieurs cas d'atrophie musculaire. Ces atrophies ne pouvaient être rangées que dans le grand groupe de l'atrophie musculaire progressive; cependant, ils présen-

taient, au point de vue du début et de l'évolution de la maladie, des dissemblances si considérables que c'est avec regret qu'on est encore forcé de donner le même nom, tout au moins sans un qualificatif spécial, à des complexus morbides si différents.

Je donnerai en entier l'histoire d'une malade atteinte d'atrophie musculaire avec anesthésie, qui m'a paru présenter de l'intérêt, non-seulement par la marche remarquable de l'atrophie, mais aussi par l'influence que les courants faradiques exercèrent sur l'anesthésie. Je résumerai en quelques mots les autres observations.

Obs. I. — La nommée S... Charlotte, âgée de 43 ans, blanchisseuse, entre le 29 mars 1876, salle Sainte-Madeleine, n° 17, dans le service de M. le professeur Vulpian, à la Charité.

Elle a eu six frères et trois sœurs. Trois frères sont morts en bas âge, trois autres entre vingt et trente ans. Ses trois sœurs jouissent d'une bonne santé. Parmi les ascendants, les frères et sœurs, ni rhumatismes, ni goutte, ni affections nerveuses d'aucune sorte.

Cette malade a été réglée à 17 ans 1/2 ; elle habitait alors la campagne et n'est venue à Paris qu'à l'âge de 26 ans. Elle s'est mariée à cette époque et a eu trois enfants, dont deux sont morts, l'un du croup, l'autre d'une affection inconnue. Il lui reste une fille bien portante.

La malade exerce la profession de lessiveuse et se trouve exposée à mettre souvent et d'une façon alternative les mains dans l'eau chaude et l'eau froide.

Elle est d'une constitution moyenne et n'a jamais eu ni attaque d'hystérie, ni rhumatisme, ni névralgies.

Depuis sept ou huit ans, la malade a de l'acné rosacea qui couvre le nez et une partie des joues ; sans être très-forte, elle s'est toujours assez bien portée et n'a eu comme maladie, dans son enfance, que la rougeole.

Il y a cinq ou six ans environ, la malade a remarqué, un matin, que sa main droite était engourdie et qu'elle éprouvait une certaine peine à se mettre au travail, ressentant pendant quelque temps des fourmillements dans cette main. Ces phénomènes ne durèrent qu'un jour.

Ces engourdissements revinrent de nouveau et allèrent en augmentant jusqu'en 1873. Vers cette époque, la malade fut frappée de voir apparaître sur sa main gauche, surtout sur les doigts, une éruption de grosses bulles contenant une sérosité limpide (hydroa).

Elle n'accuse alors aucun autre trouble dans cette main.

Huit jours environ après cette éruption, la malade, s'étant endormie sur une chaise, le coude posé sur l'appui supérieur de cette chaise, se réveilla une heure après ayant une paralysie de la sensibilité de la main et de l'avant-bras gauche, ainsi qu'une paralysie, sinon générale, du moins partielle de la motilité des mêmes parties. La main tombait